



UAI

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Trabajo final

Propuesta de intervención en el campo profesional:

Del hacer en un entorno silvestre

Prácticas comunitarias en Atención Primaria de la Salud

Autora: Ornella Abadia

Tutor: Iván Fernández

Carrera: Licenciatura en Musicoterapia

Título a obtener: Licenciada en Musicoterapia

Rosario, Agosto, 2023

Hay que activar, investigar, agitar, armar alianzas. La apuesta de siempre: la alianza con *lo silvestre*. (...) Alianza entonces con las fuerzas e intensidades que se desatan por ahí, en algún agite cualquiera y anónimo (no se puede hablar de agite sin agitarla, palabra mágica entonces; una palabra para drogar un texto y ponerle a caminar manija...) Alianza que amplifique *el ruido del agite de lo silvestre*. Alianza negra, barrosa, amoral, insólita (...). Alianzas con lo que late –e inaugura otros posibles– en cada raje, en cada movida (...). Alianza con disputas y experimentaciones, fallidas o no, en esos espacios difusos donde se juegan las continuidades y las fugas de la Vida Mula. Alianza con lo silvestre en los pibes, pero también alianza con todos los portadores del virus. Alianza con los pequeños y grandes acontecimientos que tiran intensidades a la atmósfera (que las *derrochan* con ganas...). Alianza con lo que siempre va a volver (lo silvestre siempre está volviendo). Alianza para empujar todos los recipientes que están colmados y a punto de derramar. (Colectivo Juguetes Perdidos, 2017)

Índice

Introducción	1
1 Denominación del proyecto	3
2. Naturaleza del proyecto:	4
2.a Descripción.....	4
Mapa I Del diagnóstico	7
2.b Justificación.....	10
De la crisis como escucha del síntoma.....	10
De la Atención primaria de la salud	15
De la Salud Integral: vínculos y comunidad	18
De la interdisciplina	23
De un posicionamiento epistemológico en musicoterapia	27
2.c Marco institucional.....	34
2.d Propósito u objetivo general y objetivos específicos	37
2.e Componentes o resultados	38
3. Acciones a realizar	40
4. Determinación de plazos o cronograma	44
5. Determinación de recursos necesarios (materiales y humanos)	45
6. Factores externos condicionantes para el logro de los resultados	46
7. Evaluación del proyecto	47
Agradecimientos	52
Referencias bibliográficas:	53

Introducción

La escritura como movimiento, como desplazamiento, como amorosa renuncia a soltar el propio punto de vista para ver otra cosa. Otra cosa.

Un compás de espera. Todo lo que bulle en ese momento exactamente antes de. La pausa en medio de la escritura, los ojos que buscan. La respiración. La mano que se apoya a un lado.

Se escribe con el cuerpo. No se trata de una actividad mental. Se escribe con la espalda, las manos, los ojos, la nuca, las piernas.

No hay que olvidar eso: cada vez que hay escritura es un cuerpo el que escribe
(Almeida, 2019, p.30)

El presente proyecto de intervención se llevará a cabo en un efector público de salud, el Centro de Salud Roque Pérez, de la ciudad de Pérez, Santa Fe, conocido popularmente como “El Gurí”. Se tratará de la inserción de la musicoterapia en el equipo interdisciplinario que se desempeña en el dispositivo “La Sala de Estar”, y desde donde se propondrá inaugurar un taller que habilite la articulación entre el Centro de Salud “El Gurí” y la comunidad.

Dicho dispositivo es creado y pensado por lxs profesionales que lo habitan, como un espacio de alojamiento subjetivo. En tanto dispositivo en Atención Primaria de la Salud (de ahora en adelante APS), nace enmarcado en la Ley de Salud Mental 26657 como una propuesta diferente a la manicomial.

Este trabajo germina de las preguntas sobre ¿Cómo, desde la disciplina que nos convoca, podemos abonar al campo del hacer comunitario dentro de un equipo interdisciplinario en La Sala de Estar de la localidad de Pérez? ¿Cómo cooperar en la construcción de vínculos entre un espacio de salud y la comunidad?

Reconociendo los procesos complejos que sitúan y configuran las diferentes prácticas que surgen dentro de las políticas públicas, y las complejidades que atraviesan los territorios más castigados por la actual realidad capitalista-neoliberal-colonial y patriarcal, nos encontramos con La Sala de Estar, dispositivo plausible de ser pensado como aquellos dispositivos sustitutivos de los manicomios que propone la Ley de Salud

Mental nro. 26657. Identificamos que dicho espacio –como tantos otros– nacen a partir de ciertas voluntades políticas, y ante los conocidos avances neoliberales éstos tambalean y hasta son arrasados.

Es así como nos preguntamos por las potencialidades y dificultades del abordaje comunitario en APS, ¿cómo cooperar en el fortalecimiento de las redes vinculares que La Sala de Estar teje con la comunidad?, ¿cómo pensar y re-pensar el espacio con otrxs –y que esxs otrxs no sean solo profesionales y/o académicxs, sino usarixs, familiares, ciudadanxs–? Tal emergente se identifica como problemática de salud y de derechos humanos, y nos parecen pertinentes las preguntas, desde la musicoterapia, que intenten bosquejar propuestas, desplegar lecturas, y tejer con otrxs.

1 Denominación del proyecto

El presente trabajo se enmarca dentro de la modalidad Proyecto de Intervención y se denomina “Del hacer en un entorno silvestre. Prácticas comunitarias en atención primaria de la salud”. Se tratará de los abonos que la Musicoterapia puede aportar al trabajo interdisciplinario y comunitario en APS, al proponer una práctica que habilite nuevas formas de vinculación entre el centro de salud “El Gurí” y la comunidad.

2. Naturaleza del proyecto:

2.a Descripción

Posicionadxs desde la musicoterapia, partiremos de la vinculación del arte y la salud para pensar en los aportes que podemos hacerle al abordaje interdisciplinario y comunitario de la salud/salud mental en APS. Creemos que la posibilidad de partir de la proximidad entre el arte y la salud nos corre de la búsqueda de certezas, y nos acerca a poner acento en la potencia de las redes vinculares y la redimensión de lo sensible. Intentando acercarnos a vivenciar otras formas de vinculación entre trabajadorxs del Gurí, entre el Gurí y la comunidad.

Nos es necesario advertir que entendemos a la salud desde una perspectiva integral. Nos referiremos al binomio salud/salud mental como una forma de acentuar la inclusión de esta dimensión en las prácticas integrales en salud. Esto nos sitúa en la “imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general, salvo para cuestiones operativas o de gestión” (Stolkiner & Ardila Gomez, 2012, p.23).

El presente proyecto de intervención se llevará a cabo en un efector público de salud, el Centro de Salud Roque Pérez, de la ciudad de Pérez, Santa Fe, conocido popularmente como “El Gurí”. Se tratará de la inserción de la musicoterapia en el hacer del equipo interdisciplinario que se desempeña en el dispositivo “La Sala de Estar”, y desde donde se propondrá inaugurar un taller que habilite la articulación entre el Centro de Salud “El Gurí” y la comunidad.

La Sala de Estar, funciona dentro del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CeMAP), y se ubica en la planta alta del edificio del Centro de Salud “El Gurí”. Este depende de la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad. Abre sus puertas de Lunes a Viernes, de 8hs a 13hs.

La Sala de Estar surge enmarcada en la Ley de Salud Mental nro. 26657, pudiendo ser pensada como uno de los dispositivos que la ley propone como sustitutivos del manicomio. Este proyecto de intervención desea fortalecer, desde la musicoterapia, al equipo interdisciplinario que conforma el espacio, y en consecuencia al dispositivo La Sala de Estar, con la esperanza de que dicho espacio perdure en el tiempo.

Ésta, es nombrada por lxs trabajadorxs que integran el equipo interdisciplinario como un espacio de alojamiento subjetivo. Podría ser pensado como un espacio donde estar con otrxs, donde a partir de compartir un mate, un desayuno, conversaciones entre lxs usuarixs de la Sala de Estar y lxs trabajadorxs, comienzan a gestarse actividades de lo más diversas –previo a la pandemia crearon un emprendimiento colectivo de recolección, secado y envasado de plantas aromáticas para luego venderlos, taller de dibujo, taller de teatro, cine-debate, durante la pandemia crearon un emprendimiento colectivo de confección de barbijos, entre otros–. La Sala de Estar habilita a que, entre lxs usuarixs que por allí transitan, y a partir de las diversas conversaciones y/o inquietudes que van apareciendo en el compartir del espacio, surjan distinto tipo de intervenciones –desde la apertura de talleres, emprendimientos y espacios como los mencionados anteriormente– hasta derivaciones con lxs demás profesionales de la salud del Centro de Salud, o articulaciones con otras áreas de la Municipalidad, como por ejemplo con la huerta comunitaria que depende del área de economía social, o el Multifunción que depende del área de cultura.

La Sala de Estar, como tantos otros dispositivos que re-existen en el sistema público de salud, se ve atravesado por lo precario, por lo inestable. Su fragilidad la identificamos en este punto como una potencia. En primer lugar, identificamos ahí una problemática. Problemática que nos invita a des-romantizar las políticas públicas en salud, aceptando la complejidad de la cotidianeidad, la burocracia del sistema de salud, y la vulnerabilidad de los dispositivos que intentan permanecer en una época de fugacidad.

En segundo lugar, identificamos en la problemática de la precariedad una potencia inventiva, en tanto hacer con lo que hay. La propuesta de la Sala de Estar se corre del lugar de la queja simplista al funcionamiento institucional, busca entrometerse en las fisuras institucionales para fundar así una alianza silvestre, una práctica emancipadora.

Es así como este proyecto de intervención identifica la problemática que lo hace posible en lo precario de los vínculos actuales entre el Centro de Salud El Gurí, específicamente la Sala de Estar y la comunidad. Fragilidad compleja, condicionada por un contexto neoliberal que hasta se nos hace nebuloso precisar.

La propuesta contará con diversas acciones que involucran a lxs tabajadorxs que configuran el equipo interdisciplinario y a la comunidad. Se tratará de ahondar en las potencialidades y dificultades del trabajo comunitario en atención primaria de la salud.

Estará compuesta por diversas etapas, siendo el eje de la primera inaugurar un espacio destinado a lxs trabajadorxs de La Sala de Estar. Esto nos posibilitará, por un lado, conocernos, a través del lenguaje sonoro-corporal, entre las diversas disciplinas que configuran el equipo y, por otro lado, se tratará de los comienzos de la inserción de la musicoterapia como nueva disciplina al equipo de profesionales, donde lx musicoterapeuta convidará su escucha, mirada y herramientas. Dichas vivencias serán condición de producción para la revisión y reconfiguración de las próximas acciones a realizar. Durante la segunda etapa se propondrá habitar diversas plazas de la ciudad dentro de la zona de trabajo del Centro de Salud, invitando a la comunidad a participar de un taller coordinado por unx musicoterapeuta y lxs intergantes del equipo de trabajo de la Sala de estar. El eje transversal de dicha etapa serán los inicios de la construcción de un mapeo colectivo de la ciudad. Dichas vivencias nos permitirán crear juntxs nuevas formas de vinculación entre el Centro de Salud y la comunidad, generando estrategias de acción para la composición de un mapa colectivo de la ciudad junto con la comunidad. Nos referimos a un mapa colectivo de la ciudad entendiendo que al espacio probablemente asistirán personas que viven en distintos barrios de la ciudad. Consideramos que “la ciudad” es en el vínculo con el territorio que cada quién establece en la cotidianidad. No pretendemos hacer un mapeo “representativo” de la ciudad, sino, la creación de un mapa que parta de la relación sensible y cotidiana que quienes participen en el taller tengan con la ciudad.

Mapa I Del diagnóstico

Si uno quiere analizar la realidad de un país fuera de la realidad de ese país en su continente, fuera de la realidad de ese país en el mundo, no termina de entenderlo; vivimos bajo el capitalismo, las reglas del capitalismo son las reglas de la cultura de la muerte (Zito Lema, s/f).

El Centro de Salud El Gurí se encuentra en la ciudad de Pérez, provincia de Santa Fe, en el “casco céntrico” de la ciudad. Éste, junto con el Centro de Salud “Cabín 9” y el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) componen la totalidad de la oferta pública de salud de la localidad. La ciudad está conformada por 16 barrios, algunos de ellos, como Cabín 9, Villa América, Fachinal y Jardín, condicionados por la vulnerabilidad y desigualdad social, alejados del centro de la ciudad y con grandes dificultades de acceso a las instituciones estatales. Dichos barrios cuentan con un único transporte público que los conecta con el casco central –que existe desde abril del 2021– haciendo que el acceso de sus habitantes a los principales servicios que ofrece la ciudad sea irregular y limitado, restringiendo así el derecho a la ciudad y a la accesibilidad.

Como mencionamos anteriormente, La Sala de Estar funciona dentro del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CeMAP), y se ubica en la planta alta del edificio del Centro de Salud “El Gurí”. Allí se encuentran trabajando de manera articulada el equipo de Salud Mental, la Secretaria de Desarrollo Social y el CeMAP.

El equipo que desarrolla su trabajo en la Sala de Estar, hoy está conformado por cinco Psicólogas, una Trabajadora Social, un Psiquiatra y un Psicólogo Social. A su vez el equipo cuenta con Acompañantes Terapéuticos que dependen de la provincia.

El colectivo de trabajadorxs concibe su abordaje de forma interdisciplinaria, intersectorial y en red y se desenvuelve en dos niveles: en un primer nivel en relación a lxs trabajadorxs que integran la Sala de Estar, reuniéndose periódicamente una vez al mes, y eventualmente organizando reuniones a partir de los emergentes que van sucediendo en el cotidiano; y en un segundo nivel en relación a lxs trabajadorxs que componen el Centro de Salud en general, generándose articulaciones cotidianas ante derivaciones, emergencias, y situaciones que lo requieran.

Si partimos de lo que hay, la Sala de Estar surge enmarcada en la Ley de Salud mental nro. 26657, y forma parte de los escasos dispositivos territoriales en atención primaria de la salud que la ley propone como dispositivos sustitutos del manicomio.

La Sala de estar es un espacio de alojamiento subjetivo –así denominado por lxs trabajadorxs que lo crearon colectivamente-.

Se caracteriza por su abordaje no solo interdisciplinario, sino también intersectorial, articulando con diversas áreas y secretarías municipales. Nace como un dispositivo de bajo umbral, remitiéndose a esto con la idea de exigir menos para acceder a un servicio. Surge así un espacio comunitario como la Sala de Estar, que busca salirse de las estigmatizaciones sociales y que ofrece diversas propuestas desde la perspectiva de la inclusión social.

(...) el bajo umbral puede estar dado a partir de distintos criterios y es la clave para generar oportunidades de accesibilidad: la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, el trato brindado por las y los profesionales y trabajadores, las actividades propuestas, las normas y requisitos para el ingreso y la participación, las representaciones sociales asociadas al espacio, etcétera. (Astolf, Azparren, Bordoni, Carroli, Fernández, Garbi, Tejera, Tufro (s/f) pp. 78 y 79)

La Sala de Estar es un espacio con un encuadre flexible, donde no hay horarios establecidos, sino que es un espacio abierto, que surge a partir de la demanda y que sigue sosteniéndose a partir de la decisión de estar ahí, de lxs usuarixs.

Abre sus puertas de 8hs a 13hs, tiempo en el que lxs usuarixs se encuentran en el lugar y comparten lo cotidiano, conversaciones, mates, un desayuno –que a veces es su comida principal-. Es en ese compartir donde lxs profesionales han ido generando lazos terapéuticos con lxs usuarixs y con algunxs familiares.

Los objetivos que la Sala de Estar se plantea son los siguientes:

Objetivo General:

Generar un espacio de alojamiento subjetivo para lxs sujetxs con consumos problemáticos en la singularidad de sus demandas.

Objetivos específicos:

Facilitar el acceso a espacios terapéuticos formales y de socialización, mejorando su condición clínica y posibilitando la ampliación de sus capacidades de autonomía.

Propiciar el surgimiento de nuevos vínculos, y recomponer aspectos de los existentes desde otro lugar.

Crear condiciones de emergencia del deseo personal, generador de trayectorias singulares vinculadas a un nuevo proyecto de vida.

Los objetivos enunciados develan diversos ejes de acción que se propone la Sala de Estar y que resuenan con las premisas desde las que partimos.

Nos referimos a la vinculación del arte y la salud como condición de posibilidad de la musicoterapia. Ésta vinculación nos habilita a acercarnos a nuevas formas de estar, y así también, nuevas formas de estar con otrxs, nuevas formas de vinculación entre quienes conforman el equipo interdisciplinario, nuevas formas de vinculación entre el Gurí y la comunidad.

2.b Justificación

De la crisis como escucha del síntoma.

No es fácil asumir una forma de vida: se trata de un aprendizaje, requiere una ejercitación. (Sztulwark, 2019, p. 62)

Nos parece interesante partir de un decir repetido, en tanto lectura de lxs trabajadorxs de la Sala de Estar, tornadas palabras que circulan como parte del lenguaje común –y que nos interesa en tanto algo que hace relieve, que de tantas veces dicho pareciera que pierde su sentido–. “Atravesamos una situación crítica constante”. Crisis, emergencia, atender la urgencia... algo que hemos escuchado en diversas situaciones conversando con lxs trabajadorxs de la Sala de Estar.

Es desde aquí desde dónde nos parece interesante comenzar a pensar la APS, específicamente el hacer de la Sala de Estar, desde la crisis, crisis como escucha, como escucha del síntoma.

Diego Sztulwark (2019) nos ha acompañado a pensar la crisis desde dos perspectivas. Una es la perspectiva del capitalismo, que necesita la crisis para seguir gobernando. La crisis que produce afectos, valores y obediencia propios del capitalismo. Crisis que produce modos de vida, vida mula. Los modos de vida serían “las maneras posibles de vivir tal y como las ofrece el mercado, listas para su consumo” (Sztulwark, 2019, p.44). Resonando con Guattari y Rolnik (2006) el capitalismo opera activamente sobre el plano del deseo, equiparando producción económica y producción de subjetividad.

La otra perspectiva, que es la que nos interesa para situar los comienzos de esta escritura, es la crisis pensada desde abajo, crisis como punto de vista, como escucha del síntoma. “En su inmanencia la crisis tiene algo de genético, de germen o de fermento, es decir, de engendramiento de estrategias capaces de extraer vitalidad de un medio árido, mortífero” (Sztulwark, 2019, p.14). La crisis como perspectiva de la inconsistencia que nos obliga a pensar estrategias, a crear formas de vida. “Supondrían un cuestionamiento de automatismos y linealidades, y partirían, por tanto, de una cierta incompatibilidad sensible con los imperativos de adecuación respecto de la pluralidad de ofertas posibles” (Sztulwark, 2019, p.44). Entonces, parafraseando a Sztulwark (2019), crisis o excepción, remiten, vistas desde sí mismas al descubrimiento de **un entorno silvestre**, en el que las concatenaciones de sentido no vienen ya hechas.

El descubrimiento, en tanto prestar-convidar atención, de un entorno silvestre parte, en primer lugar, de un posicionamiento de escucha, de una lectura de lo que se nos presenta como un agujero en el tejido de lo real. Y es en ese bosquejo de lo real, donde nos esforzamos por incomodarnos, por correr del sentido común, de la lectura reduccionista que deriva en la queja simplista, y también de los automatismos teóricos, de las propias construcciones conceptuales, porque se nos escapa del lenguaje propio y conocido. Parafraseando a Sztulwark (2019), este posicionamiento supone la adopción del punto de vista de la crisis. Supone una escucha, una alianza con lo silvestre, y el despliegue de los saberes en él contenidos (p.49).

Aquí encontramos intersticios, agujeros, grietas, pequeñas, sutiles, pero insistentes, como la hierba que crece entre el asfalto corrompido, como la hierba mala que crece poderosa en un jardín que parece inmóvil y lucha por no ser desmalezada. La Sala de Estar brotó en un medio árido, tensada continuamente por los vaivenes de gestión política, por los discursos de la medicina hegemónica, por la precariedad del trabajo en salud, por la hostilidad de la calle, por la crueldad neoliberal. El encuentro con un entorno silvestre nos habla de estrategias de invención clínica, de un posicionamiento ético, estético y político en musicoterapia.

Desde este posicionamiento, nos parece importante nombrar que estas lecturas y el presente proyecto se nutrió, fermentó y germinó con otrxs, con muchxs pibxs que encontré trabajando, con enfermeras y múltiples profesionales de la salud, con artistas que deleitan e inspiran, y principalmente –por la fortaleza del vínculo- con las amigas con las que he transitado la formación de-formación y con las amigas de otros entornos, con las que hacemos, conversamos y pensamos a diario. “Cuando un cuerpo descubre la utilidad común junto con otros, engendra un saber que va más allá de sí mismo.” (Sztulwark, 2019, p.19) Con ellas, somos seducidas a pensar que es menester que los acontecimientos de las producciones no queden confinadas al acontecimiento académico, y es así como comencé a pensar en esta propuesta de intervención en la Sala de Estar. En un ensayo para una asignatura escribíamos:

Ya no existen condiciones dadas para proyectar el futuro, lo interesante es la potencia inventiva del presente. Un nuevo fin del mundo es posible.

Mundo: lo conocido, lo naturalizado, lo que de tanto mirarlo, de tanto sentirlo en el cuerpo, de tanto convivir en él, ya no sorprende, ya no duele, ya no quema.

(...) Pero... ¿Es lo necesariamente contundente la crisis como para el no retorno a la normalidad? ¿Cómo contribuir a la creación de nuevas prácticas que se introduzcan en el campo de batallas que conduce la maquinaria neoliberal? ¿Cómo hackearla? ¿Cómo agujerearla? (Abadia, 2020).

Son las estrategias metodológicas de coparticipación cualitativa que nos convida Achilli (2017), las que nos permiten pensar en el espacio grupal, La Sala de Estar, como campo de interacciones de investigación, que nos permite acceder al conocimiento de los procesos socioculturales en profundidad. Partiendo de la pregunta sobre las potencialidades y dificultades de la inserción de la musicoterapia al equipo interdisciplinario que se desempeña en La Sala de Estar, y entendiendo que las especificidades disciplinares aisladas no alcanzan la indisciplina de las problemáticas sociales e históricas, resonamos con Achilli en la pregunta sobre la construcción de perspectivas integrales.

¿Cómo avanzar en la construcción de perspectivas integrales que aporten al mejor conocimiento de los procesos contemporáneos? (...) Se trata de un horizonte teórico y político que, desde mi punto de vista, no supone un debilitamiento de cada disciplina —en nuestro caso, la antropología— sino, al contrario, requiere crear, identificar y fortalecer aquellos núcleos que fomenten los diálogos y las relaciones interdisciplinarias más potentes para el análisis de las problemáticas actuales. (p.17)

Intentamos partir de un posicionamiento crítico y complejo desde la musicoterapia, donde quepan las coexistencias e incluso la yuxtaposición entre dinámicas de orden y de revuelta. Una posición atravesada por la inconformidad ante las problemáticas que se viven a diario fuera del campus académico, los horrores del abandono, de la desigualdad, de la ceguera individualista y los modos de vida que promueve el capitalismo neoliberal expandido en el desierto del mundo.

La propuesta intenta acercarnos a pensar nuevas prácticas, nuevas formas de relaciones y entrecruzamientos entre la musicoterapia y las disciplinas que integran el equipo interdisciplinario que allí trabaja, entre la musicoterapia y la comunidad, en pos de la configuración y reconfiguración constante de un hacer emancipatorio.

Las diversas dimensiones, niveles y categorías de análisis que desplegaremos en estos mapas nos posibilitarán, en tanto cartógrafos, recorrer el territorio en múltiples sentidos lógicos, intentando no robarle a lo que sucede su complejidad; aun así, reconociendo que es una la que mira y que hay cosas que se nos escapan, hay cosas que no caben en las palabras. La intención es acercarnos a la problemática reconociéndola en su complejidad, y reconociendo también que de este lado una humana escucha, observa y escribe, y como toda humana, no alcanza la totalidad de la cosa, sino partes, destellos, fragmentos, relieves.

Alejándonos de la intención de representar la realidad, la construcción de un mapa de la ciudad nos invita a cartografiar la construcción de un problema, el despliegue de una de las líneas del territorio. Nos relacionamos con la ciudad trazando las diversas fuerzas que mueven al territorio, intentando producir otras relaciones, nuevas composiciones heterogéneas, poner en marcha nuevas interpretaciones, nuevos procesos, crear, quizás, otras, nuevas máquinas. Hacer un mapa nos posibilita poder imaginar nuevas estrategias y modos de hacer e intervenir y nos aleja de estatificar y cristalizar lo que observamos.

La tarea del cartógrafo deseante no consiste en captar para fijar, para anquilosar, para congelar aquello que explora, sino que se dispone a intensificar los propios flujos de vida en los que se envuelve, creando territorio a medida que se los recorre. El mapa resultante, lejos de restringirse a las dimensiones físicas, geográficas, espaciales, ha de ser un mapa de los efectos de superficie (no siendo la profundidad, con Foucault, más que un pliegue y una arruga de la superficie). (Perlongher, 1996, p. 65)

Compartimos con Stolkiner y Ardila Gomez (2012) la necesidad de correr los a priori conceptuales, apostando a que es en el hacer mismo donde se entrelaza la escritura y la vivencia y que es en esa práctica cartográfica donde las teorías y categorías surgen.

Renunciaremos a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego, devienen sus 'aplicaciones'. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es dissociable de ellas. (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.3)

Es así entonces como sostenemos que no es posible separar el pensamiento y las construcciones teóricas formales que hacemos, de las condiciones de producción de las que estas parten, confiamos en la escritura que surge del cuerpo y compone dialogando con la vivencia. “No hay que olvidar nunca eso: cada vez que hay escritura, es un cuerpo el que escribe” (Almeida, E. 2019, p.30). No vamos a escindir estas palabras de lxs sujetxs ni de los movimientos sociales que han ido trazando estos caminos.

De la Atención primaria de la salud

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas (Carrillo en Stolkiner y Wilner, 2007, p.4).

En Argentina, desde la fundación del Estado Nación hasta 1945, la salud era considerada un problema privado, conforme a un modelo liberal clásico.

El Estado intervenía para cuestiones de saneamiento y atención a lxs indigentes, combinando la acción con entidades filantrópicas. Bajo ese sustento se crearon importantes establecimientos hospitalarios que, sin embargo, no formaban parte de una planificación de políticas sanitarias. Simultáneamente surgieron iniciativas solidarias de las colectividades migratorias –que fundaron sus propios servicios de salud–, y de las asociaciones de trabajadores (anarquistas y socialistas) que generaban formas solidarias de ayuda mutua. (Stolkiner, A. y Wilner, A. 2007)

Ésta situación perduró hasta el advenimiento del peronismo. Durante el primer gobierno peronista (1945-1955) se creó el Ministerio de Salud (1946) y se definió la salud como un problema público y como responsabilidad del Estado. El primer ministro de salud, Dr. Ramón Carrillo, conceptualizaba la salud como un producto complejo y determinado por las condiciones materiales de existencia.

Como antecesores de este nivel de atención podemos destacar a la Asistencia Pública en la Ciudad de Buenos Aires a principios de siglo XX, como un dispositivo de atención ambulatoria no hospitalario, y algunas experiencias de proto centros de salud abiertos en el contexto de la política de expansión del subsector público encarnada por el Dr. Carrillo. De todas maneras, y como decíamos anteriormente, el panorama ha sido muy heterogéneo, con provincias y municipios con gran desarrollo del 1º nivel de atención, otros que se acercaban más a la atención primitiva (Testa, s/f), otros con adscripción a la estrategia de APS y algunos desarrollándose simplemente como un nivel de atención con escasa o nula articulación con el resto del sistema de salud (Stolkiner y Wilner, 2007).

Podemos identificar en la declaración de Alma-Ata (1978) un germen discursivo que instauró que la salud es un derecho humano básico y fundamental, y que su

realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario. Fue un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales.

Nos parece interesante, a modo de adentrarnos en su propuesta, compartir los siguientes puntos de la declaración de ALMA-ATA:

I. La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo. (OMS y UNICEF, 1978)

Debido a que la Conferencia Internacional de Alma Ata se desarrolla en el año 1978, período durante el cual la Argentina era gobernada por una dictadura militar que obturaba cualquier iniciativa que propicie la participación comunitaria, “la APS se

conceptualizó como un programa más que como una estrategia” (Stolkiner y Wilner, 2007).

En cuanto a la "atención", la versión original en inglés usó el término "cuidado" (care), y no "atención". El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

(...) Desde la declaración hasta el momento, el lema "**Salud para todos**" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad (Tejada de Rivero, 2003, p. 2)

A partir de esta propuesta de intervención, nos parece interesante retomar el concepto de cuidado en APS, que viene a desbaratar las relaciones de poder haciéndolas más horizontales, propiciando la participación, el estar activo y presente de la comunidad. Habilitar un espacio de escucha, proponiendo mapear la ciudad desde la memoria sonora y corporal, re-identificando el vínculo que cada unx tiene con El Gurí, nos posibilita habitar nuevas formas de vinculación entre el Centro de Salud y la comunidad. Como un espacio experiencial en constitución continua, donde suspender automatismos y replantearnos lo sensible. Convidándonos una excusa para reencontrar o reencauzar cuales son los sentidos de la salud para todxs.

De la Salud Integral: vínculos y comunidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la posguerra (1946) establece que la salud es un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."

Nos encontramos con un enunciado que, por un lado, no equipara a la salud con la mera ausencia o negación de enfermedad, concibe la intervención de componentes "sociales" y mentales". Además, posibilitó lo que sucedió en aquella Declaración de Alma-Ata (1988).

Empero, se devela una definición que tiende hacia un estado de salud ideal, estándar, universal, y por lo tanto inalcanzable, que deviene reduccionista y simplista, que además fue tomada de forma consensuada como definición teórica mientras las prácticas de atención a la enfermedad se establecían como el **Modelo Médico Hegemónico** (Menéndez, 1978).

Podemos identificar cómo ese modelo médico, ha ido generando una eficacia simbólica –cuestión clave en la perduración de su hegemonía– entre los 40 y los 50; donde la medicina científica occidental había demostrado su capacidad curativa al enfrentar con éxito las enfermedades infecciosas con antibióticos, quimioterapias y vacunas.

Una de las principales características de este modelo es la delimitación de su objeto, enfocada en la enfermedad; enfoque que denota su estructura individualista, las asociaciones causales y la a-historicidad. Mirada que también se sostiene estructuralmente en el biologicismo, en la concepción evolucionista y positivista.

También son sus características la mercantilización –directamente ligado a la expansión del capitalismo mundial– su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (médico-paciente).

Mientras este modelo médico hegemónico se iba consolidando, en América Latina ingresan nociones ligadas a la Medicina Preventiva y a la Salud Pública formando parte de ideas y propuestas de desarrollo, y también influyó en la aparición de la Medicina Social Latinoamericana.

La introducción a principios de los 60 de las “ciencias sociales asociadas a la salud”, bajo el impulso de algunos organismos internacionales (OPS, Fundación Milbank, entre otros) confluyó con un período de crisis, movilización social y movimientos revolucionarios, generándose las condiciones para una crítica cultural a los paradigmas hegemónicos, que incluyó una revisión de las ciencias sociales utilizadas por la Salud Pública y el Preventivismo, de orientación fundamentalmente positivista o estructural funcionalista. Estas fueron consideradas insuficientes para dar cuenta de la problemática de América Latina, en donde se habían profundizado las brechas de inequidad durante ese modelo de crecimiento. En tal escenario se produjo la ruptura y diferenciación de la Medicina Social con respecto a la Salud Pública y la Medicina Preventiva. (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.7)

Estas rupturas lejos de configurar un nuevo campo disciplinario, abogaban por un marco teórico novedoso con aportes de diversas disciplinas, reconociendo la necesidad de entablar relaciones entre el concepto de salud con los modos de producción y el contexto político-socio-económico.

La búsqueda de teoría para construir las categorías de análisis social y la crítica a los modelos positivistas y estructural-funcionalistas, junto con las tendencias políticas radicales de la época, favorecieron que el marxismo, en sus distintas vertientes, fuera un referente en la construcción conceptual de ese período. Las categorías proceso de producción y reproducción social y clase social fueron herramientas centrales de sus postulados e investigaciones. (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.7)

En Brasil este movimiento abonó al desarrollo singular del movimiento de Salud Colectiva que comenzó en la resistencia a la dictadura militar y culminó con la reforma sanitaria y la creación del Sistema Único de Salud, ya en democracia. La construcción del proyecto de la reforma sanitaria se fundó en la noción de crisis: “crisis del conocimiento y de la práctica médica, crisis del autoritarismo, crisis del estado sanitario de la población, crisis del sistema de prestación de servicios de salud” (Fleury, 1988, p.150).

Con el advenimiento del neoliberalismo y su paquete de reformas, este movimiento focalizó su análisis crítico en la generación de propuestas que revirtieran el proceso de mercantilización de la salud y la profundización de la desigualdad. Los

derechos de ciudadanía, la cuestión del Estado y políticas sociales, las categorías de género y de pertenencia cultural-étnica, las problemáticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento científico, así como nuevos objetos complejos como la violencia, se incorporaron a los discursos y estudios del campo.

Si algo caracteriza la producción del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos es la confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática, la articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión. La raíz de su pensamiento está en esta particular configuración del campo. (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p. 9)

Esta corriente teórica se caracteriza por la multiplicidad de voces y disciplinas, y no constituye una conceptualización única de salud, sino que cada concepto dialoga con su contexto.

Leyendo a Iván Fernández (2020) nos acercamos a Ferrara (2005) donde hace referencia a la salud como “lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (Ferrara, 2005). Situar las problemáticas que configuran la vida, identificar la potencialidad en la participación de quien padece y acciona por resolver aquellos conflictos antagónicos que acontecen en los procesos de salud. No nos referimos a resoluciones que devengan nuevamente en un completo bienestar ideal, sino a aquellas luchas que involucran el reconocer las singulares herramientas, o las desconocidas, o las que se hallan habitando nuevas formas de estar; para atravesar aquellos padecimientos que obturan la vida.

Dentro de las producciones de la corriente de salud colectiva, se han realizado importantes aportes a la conceptualización de una Atención Primaria de la Salud que se erija en defensa del derecho a la salud de los pueblos y los individuos.

Lo interesante de los postulados de la corriente salud colectiva vinculados al proceso de salud-enfermedad-cuidado, es que desplazan el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto, cuestionando el hacer médico centrado en las patologías individuales, entendiendo a la salud/salud mental desde una perspectiva integral, situándonos en “la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general, salvo

para cuestiones operativas o de gestión” (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.23). Nos referiremos al binomio salud/salud mental como una “forma de acentuar la inclusión de esta dimensión subjetiva en prácticas integrales de salud” (Bang, Cafferata, Castaño Gómez, Infantino, 2020, p.6).

A partir de la sanción en 2010 de la Ley de Salud Mental nro. Ley nro. 26.657, se inaugura un momento que posibilita que en las instituciones y prácticas de salud/salud mental se introduzca el debate sobre la necesidad de dejar de objetivar al padecimiento subjetivo, corriéndonos de la mirada que aísla e individualiza, para incluir el abordaje del mismo desde múltiples dimensiones en su complejidad. Desde esta perspectiva, lo novedoso de esta ley es que instala que los abordajes de las diversas problemáticas deben ser en equipos interdisciplinarios y en diálogo constante con la comunidad.

Silvia Rivera Cusicanqui (2015) hace referencia al Buen Vivir como una racionalidad de “todas las formas de organización que buscan resolver los problemas comunes mediante gestiones comunes”. El sujeto del Buen Vivir es la comunidad, cuestión que a veces ha aparecido ignorada en los debates sobre este paradigma alternativo debido a que, generalmente, el análisis se dirige a las políticas públicas, y no a los supuestos epistemológicos, teóricos y prácticos que tiene esta cosmogonía particular para las comunidades.

La comunidad entendida como “escenario de prácticas en salud/salud mental podría representarse como una red de vínculos en tensión, entramado construido (y desgarrado) socio históricamente, en constante devenir” (Bang, Cafferata, Castaño Gómez, Infantino, 2020, p.8). Cusicanqui resuena con Hanna Arendt (1997) y nos trae una imagen de democracia que compartimos: la capacidad de crear colectividad. Al anclar las prácticas en salud/salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, que reconoce las dimensiones históricas y sociales, tanto a nivel colectivo comunitario, como a nivel singular, la idea de “derecho a la salud” se comprende en el marco de una integralidad de derechos.

Se propone, entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en

salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinareidad. (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.20)

De la interdisciplina

Hemos ido transitando y evidenciando la existencia de un dispositivo científico positivista, que configura modos de vida, y un paradigma ético, un paradigma estético. Esto es, en cierto modo también, un modo de visión capturado por la razón y la ciencia occidental. El positivismo nos legó explícitamente una propuesta de Sociedad en la cual se le asigna a la Ciencia el lugar de Razón de Poder. Distribuyendo lo visible y lo invisible, lo enunciable y lo no enunciable al hacer nacer o desaparecer el objeto que, de tal forma, no existe fuera de ellos. Un dispositivo que produce modos de vida, que produce subjetividad. Es decir “productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad” (García Fanlo, 2011, p-7)

En el dispositivo en tanto red, también hay líneas de fisura, de fractura. Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas. Y es en esas fisuras de los paradigmas positivistas donde la interdisciplinariedad y las diversas vertientes que apuntan a lo transdisciplinario emergen de forma utópica, marginal, fragmentaria (Deleuze, 1990).

Así podemos pensar a las instituciones, en este caso específicamente al Centro de Salud “El Gurí”, como un punto de apoyo o como superficie de emergencia (García Fanlo, 2011) de aquel dispositivo. Dispositivo en el que emergen discursos y prácticas que hacen hablar a la ciencia positiva, empero también irrumpe La Sala de Estar, instaurando otra práctica y otra forma de ver que introduce movimientos instituyentes en la lógica institucional. Lugar donde también aparece la diversidad de problemáticas que traen lxs usuarixs, las formas organizativas del sistema de salud. Dimensiones que configuran la complejidad de la realidad institucional.

Es en este reconocer la complejidad, la “(...) indisciplina de las problemáticas, que pensamos en la incompletud de las disciplinas” (Stolkiner, 2005, p.2).

Entre tanta maquinaria productora de subjetividad a escala planetaria... nosotrxs. Nosotrxs no somos (o no queremos ser, aunque muchas veces lo seamos) incrédulxs, sabemos que hoy es imposible escaparle a estas máquinas. La Musicoterapia, en tanto disciplina que articula el arte y la salud, le presta escucha a los discursos sonoro-corporales, y también produce subjetividad. Esto implica hacerse cargo. Tensionarnos, práctica reflexiva, continua, donde sabemos qué es lo que no queremos: cooperar con

aquella reproducción de modelos que no nos permiten crear salidas y fugar hacia procesos de singularización. Pensar los espacios que queremos construir, como una garantía de una micropolítica procesual, aquella que construye nuevas formas de subjetivación singularizante, que instituye nuevas prácticas.

Guattari nos dice que ésta debe ser encontrada a cada paso, a partir de los agenciamientos que la constituyen, en la invención de modos de referencia, de modos de praxis. Entonces, indispensable es revelar y situar el campo de subjetivación, reconocerlo, mapearlo; y al mismo tiempo intervenir, accionar, tanto en ese campo, como en sus relaciones con el exterior.

En lugar de pretender la libertad, tenemos que retomar el espacio de la farsa, produciendo, inventando subjetividades delirantes que, en su embate con la subjetividad capitalística, provoquen que se desmorone. Cualquier revolución a nivel micropolítico concierne también a la producción de subjetividad. (Lissoviski, 2013, p. 44)

Nos parece indispensable sostener nuestra mirada y escucha en el paradigma de la complejidad, “que a la vez disjunte y asocie, que conciba los niveles de emergencia de la realidad sin reducirlos a las unidades elementales o a las leyes generales.” (Morin, 1998, p.48) Alejándose de creer que lo real puede dejarse encerrar en un sistema coherente de ideas, Morin entiende la disyunción sujeta/objeto como uno más de los aspectos de un paradigma de disyunción/reducción, este paradigma que él llama de simplificación, es insuficiente y mutilante.

(...) Hoy emerge, de un modo esparcido, un paradigma cognitivo que comienza a poder establecer los puentes entre las ciencias y las disciplinas no comunicantes. En efecto, el reino del Paradigma del Orden por exclusión del desorden (que expresaba la concepción determinista-mecanicista del Universo) se ha fisurado en muchos lugares. (Morin, 2005, p.7)

Acorde a nuestro posicionamiento ético, estético y político en Musicoterapia, la apertura es necesaria. Nos referimos a aperturar los análisis y los abordajes. Entonces creemos que hay que poder habitar la incertidumbre, aceptar que “perdimos la promesa de un progreso predecido infaliblemente por las leyes de la historia o del desarrollo lógico de la ciencia y la razón” (Morin, 1998, p.59). Por un lado, comprendiendo que “la frontera

disciplinaria, su lenguaje y sus conceptos propios aíslan la disciplina con relación a las otras y con relación a los problemas que cabalgan las disciplinas” (Morin, 1998, p.29), y, por otro lado apostando a ecologizar las disciplinas, es decir, “tomar en cuenta todo lo que es contextual comprendiendo las condiciones culturales y sociales, es decir, ver en qué medio ellas nacen, plantean el problema, se esclerosan, se metamorfosean” (Morin, 2005, p.8).

Actualmente en nuestro país existe una gran variedad de debates y discusiones en torno al cierre de los manicomios y las formas de aplicación en las distintas regiones del país de la Ley de Salud Mental 26657.

Siguiendo a Morin (1998), el reto de la complejidad se intensifica en la actualidad, ya que estamos en una época de mundialización. Las problemáticas mundiales actúan sobre los procesos locales que retroactúan, a su vez, sobre los procesos mundiales. Es así como en el contexto macro de la mundialización –en relación a la salud/salud mental- encontramos un tensionamiento. Stolkiner (2005) identifica en un extremo la renovación de un biologicismo duro que tiende a reconocer en lo genético y lo orgánico la raíz causal de todo padecimiento subjetivo, tratándose de un reduccionismo extremo que invisibiliza los determinantes subjetivos y sociales. Y, por otro lado, sea en las construcciones teóricas y en las prácticas cotidianas, es insostenible pensar en una comprensión y un abordaje unidimensional de las problemáticas.

El primer polo del antagonismo representa claramente actores poderosos que van desde la industria farmacológica hasta corporaciones profesionales. El segundo probablemente se liga a la inorgánica resistencia de lo social y se manifiesta también en algunas propuestas de reforma de los sistemas enunciadas por organismos internacionales, tal el caso de la OMS. (Stolkiner, 2005, p.4)

Podemos pensar junto con Stolkiner a la interdisciplina como un posicionamiento, reconociendo las complejidades de las problemáticas, encontramos enriquecedor el hacer y pensar con otrxs.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y

difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987, pp. 313-315)

Posicionamiento que viene a legitimar algo que existía previamente:

Las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época– atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. (Stolkiner, 2005, p.5)

La misma autora (1999) nos anima a preguntarnos por el cómo se desarrolla lo interdisciplinario, y nos sugiere distintos niveles de análisis.

Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente.

En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud.

Pone en juego la relación que cada sujeto establece con la disciplina. En algún texto de hace años afirmaba: «toda relación con una disciplina es pasional: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla... creemos que hoy sólo se puede desarrollar la ciencia (con minúscula) con una actitud irreverente ante la Ciencia (con mayúscula) ... la irreverencia no es el rechazo a la negación, es simplemente el no reverenciar». (Stolkiner, 1999, p.1)

De un posicionamiento epistemológico en musicoterapia

Lo que queda en mí del otro, o sea la presencia de una ausencia, que bien podría construir el resorte secreto de todo acto o acontecimiento estético. (Casanova y Klein, 2016, p.109).

Toda palabra, toda flor, toda mirada, son balbuceos. Solo un lenguaje de balbuceos puede responder al constitutivo balbuceo de la realidad, a su articulación incompleta. No hay poesía, ni canto, ni música, ni arte, que puedan evitar ese dislocamiento esencial. No existen la palabra completa, la flor completa, la mirada completa. (Juarroz, 2005)

Hay “algo” que quizás es desde donde partimos para pensar en esta propuesta de intervención, y es también donde se fundan algunas –pocas– certezas, en la convicción por la apuesta al hacer comunitario en salud. El vínculo. Donde el “estar-siendo con otrx”, inaugura el encuentro entre diferencias. Diferencia como emergencia de la singularidad. Percia nos dice sobre ésta, “invención de la diferencia, comunidad del dolor” (2011, p.117).

Continúa... “desprendimiento de certezas individuales que agonizan. No dice lo excepcional, sino lo único. Existencia que habita próxima de otras soledades igualmente únicas. (Percia, 2011, p.118)

Entonces podemos pensar el vínculo como germen que podría devenir en “**estancias en común**” (Percia, 2017). Estancias en común que surgen del “**estar en común**” o el “**estar con**” y es ahí donde nos preguntamos por las posibilidades de su potencia. Lo común modula cercanías y distancias que alojan soledades sin clasificar. “La idea de un común no solo se puede pensar como lo cercano, próximo, semejante, necesita alojar, en simultaneidad, extrañezas, distancias, desemejanzas” (Percia, 2020)

Las preguntas que forjaron éste escrito, sobre cómo crear colectividad en un espacio de APS, sobre cómo defender, como una bandera, las estancias en común, a partir de la incorporación de unx musicoterapeuta en el dispositivo La Sala de Estar, reconoce en la musicoterapia, en su posicionamiento epistemológico, fortalezas. Se trata de fortalezas éticas y estéticas que siempre provocan volver a la pregunta, que no se jactan de verdades y absolutismos, sino en la confianza en volver al enigma, a la inquietud, al reconocimiento de lo incómodo-inconforme, volver a la escucha de lo sensible, de lo que

nos mueve el cuerpo, de lo que nos resuena, de lo que se hace eco, de lo que nos toca, nos roza y hasta a veces nos deja mella, marca, huella. Eso que queda del otrx en mí, la presencia de una ausencia.

Es en el vínculo, en este estar en común, donde “se da la posibilidad de existencia intersubjetiva” (Rodríguez Espada, 2016, p.33).

Los aportes de la musicoterapia al hacer comunitario en APS, partirían de un posicionamiento ético, estético y político en musicoterapia en el que este proyecto de intervención se basa. En un mundo estructurado por la primacía de la visión, las palabras siguen a la mirada; nombran y describen aquello que fue visto. Mirada que cristaliza, que estatifica. “La visión es el filtro más valorado a través del cual la mayoría de los humanos modernos se enfrenta con su medio” (Toop, 2016, p.52). La propuesta de la musicoterapia y de este proyecto de intervención, a apostar por la redimensión de lo sensible, en tanto reflexión sobre la forma en la que nos vinculamos con la ciudad y el Centro de Salud El Gurí, nos propone un corrimiento que aporta a resignificar el concepto de salud integral. El oído, el olfato, la termorrecepción, la propiocepción, nos posibilitan alianzas de escucha con lxs otrxs y la ciudad que vendrían a posibilitar una escucha ampliada.

Compartimos con Bennardis (2002) que la musicoterapia

Desarrolla un campo de conocimiento donde se vincula al arte y la salud. Concibe al arte como discurso que expresa aspectos de lo humano no expresables verbalmente; priorizando como material de estos discursos al sonido, al cuerpo, al movimiento y sus organizaciones discursivas en tanto discurso. (Bennardis, 2002, p.9)

La Musicoterapia, en tanto disciplina que articula el arte y la salud, le presta escucha a los discursos sonoro-corporales, y también produce subjetividad. Esto implica hacerse cargo. Tensionarnos, práctica reflexiva, continua, donde sabemos qué es lo que no queremos: cooperar con aquella reproducción de modelos que no nos permiten crear salidas y fugar hacia procesos de singularización. Pensar los espacios que queremos construir, como una garantía de una micropolítica procesual, aquella que construye nuevas formas de subjetivación singularizante, que instituye nuevas prácticas en alianza con otrxs.

Identificamos la potencia de los aportes que la musicoterapia puede hacer, por un lado, en el nivel de la inserción de la musicoterapia a un equipo de trabajo que ya se encuentra consolidado hace algunos años. Equipo que muestra un hacer basado en el trabajo interdisciplinario e intersectorial, como nombramos anteriormente. La musicoterapia viene a proponer en este nivel componer discursos a partir de materia sensible. Proponemos reconocer el cuerpo que nos mueve, los sentidos con los que conocemos el mundo, y reflexionar sobre aquello que se manifiesta en la experiencia, intentando correr –por un momento– de las voces que configuran cada disciplina que integra el equipo, asumiendo así, que no sólo el equipo está conformado por diversas disciplinas, sino antes, por humanos. Pretendemos habilitar un espacio donde se explore y vivencien dichas composiciones discursivas y también se reflexione sobre ellas mismas. En este sentido, se trata de una propuesta a aperturar los análisis sobre lo que acontece en la Sala de Estar, ampliando el lenguaje, convidando herramientas singulares de la musicoterapia en pos de potenciar el trabajo interdisciplinario y comunitario en APS.

Es así como esta propuesta de intervención intenta acercarnos a pensar nuevas prácticas en común, dispuesta a tejer alianzas con lo silvestre, nuevas formas de relaciones y entrecruzamientos entre la musicoterapia y las disciplinas que integran el equipo interdisciplinario que allí trabaja, entre la musicoterapia y la comunidad, en pos de la configuración y reconfiguración constante de un hacer emancipatorio.

En segundo lugar, en el nivel del hacer de la musicoterapia en ese espacio que denominamos, como mencionamos anteriormente, como clínica ampliada, reconocemos que la musicoterapia abona a los procesos de producción del salud. Proponemos una práctica que redimensiona lo sensible, y que incorpora las dimensiones subjetivas, históricas y sociales tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que parte de un movimiento: correr de las certezas de las patologías y peligrosidades que configurarían los “cuerpos enfermos” de lxs sujetxs que transitan por la Sala de Estar, certeza que opera clausurando las posibilidades de producción discursiva de aquellxs sujetxs. Esto, no en pos de negar un padecimiento, sino, corriendo el eje, acercándonos a la pregunta por lo que el otrx puede. Este movimiento se sostiene en una ética y estética. Escucha y mirada ampliada desde la musicoterapia, que nos propone trazar novedosas e impensadas alianzas en el transitar la Sala de Estar, tanto con lxs usuarixs, como con lxs compañerxs de trabajo, las familias, lxs distintxs actorxs del

Centro de Salud, y la comunidad, y nos permitirá pensar en otras formas de hacer e intervenir en el hacer comunitario en APS.

Entendemos a la práctica musicoterapéutica, como un hacer subjetivante, en tanto sostiene a un común, sostiene a un nosotros. Así podemos pensar la improvisación libre, la vivencia estética en musicoterapia como un

Movimiento de singularización, de construcción de una subjetividad (...), producción de vínculo significativo en el interior del cual es posible el acontecimiento de otro. Esa tercera zona, (...), espacio en el que emerge ese sujeto colectivo que no es el musicoterapeuta y no es el paciente. (Rodríguez Espada, 2016, p.37)

Es en este sentido, como venimos enunciado a lo largo de este escrito, que proponemos trazar las líneas del territorio-ciudad, para construir un mapa de la ciudad. Un mapa sensible, un mapa que narre el vínculo que la comunidad compone con la ciudad. Un mapa desdibujado, inestable, cambiante, pero anclado en la memoria, en las huellas de quienes patean la ciudad a diario, y en las huellas que ellos dejan en cada esquina, en cada plaza, en cada salita, en la comisaría, en las canchitas de fútbol, en el anfiteatro, en las iglesias y en los comedores.

El campo de conocimiento de la musicoterapia investiga las organizaciones discursivas producidas por los sujetos que transitan por el espacio que ella propone.

Entendemos al discurso o al conjunto discursivo como “(...) una configuración espacio-temporal de sentido” (Verón, 1993, p.127).

Lo que aquí se presenta es la posibilidad de pensar a los sujetos como productores de discursos, poniendo en juego –a circular la materia–, que son los sonidos, los cuerpos, el movimiento; discursos que generan formas –devenires circulares–; y que cuando esta es contextualizada, abre a los sentidos. Si concebimos a aquello que acontece en la clínica ampliada musicoterapéutica como producciones discursivas, reconocemos en ella los procesos creativos que implican poner a circular la forma, para devenir otros, y aceptar los desafíos de alejarnos de aquella búsqueda inalcanzable por la verdad y acercarnos a la pregunta, a las sospechas... al enigma. Se tratará de la confección de un mapa sensible que nos permitirá reflexionar sobre las formas de vinculación entre la comunidad y la ciudad en general y la comunidad y el Centro de Salud en particular.

Alejándonos de las exigencias del mundo capitalista que produce modos de vida, subjetividades funcionales a un sistema neoliberal, patriarcal y colonial, que excluye y margina lo diferente –en tanto disidencia que se sale de la norma y que se conjuga por los dictadores de lo real como patológico–, concebimos nuestra mirada y escucha en musicoterapia sostenida por la estética del arte, como

(...) Una finalidad sin fines. Donde la finalidad es el proceso y el proceso deviene forma. La estética del arte nos permite pensar en la posibilidad de un hacer que no se enajena en la consecución de un producto (útil/bello), en “lo que se hace”, sino en lo que va siendo mientras se va haciendo.

La belleza estaría dada en la forma, que nos seduce en su carácter enigmático, no explicativo:

En su darse

A ver

A escuchar

A tocar

A percibir.

La estética como modo de percepción nos atrapa en la seducción de la posibilidad de una percepción-formalización de mundos posibles. (Gianoni, 2002, p.53)

El sujeto ya no es nombrado por un diagnóstico que lo cristaliza, en la permanencia del padecimiento, sino que se posibilita, a modo ensayístico y desde la vivencia estética, recorrer y andar posiciones, abandonarlas y ubicarse en la búsqueda. “Puntos de soporte de aquellas configuraciones que reposan” (Gianoni, 2002). Quizás sea ahí donde lo pesado de la identidad se vuelve leve.

Reconocemos en la vivencia estética aquellas características de lo incapturable, de aquello que es fugaz, e inefable. Aquello que se compone de lenguajes que no siguen estrictamente las lógicas del lenguaje verbal, que percibimos y formalizamos, a partir de las herramientas que hemos ido cultivando estos años de formación, para poder hacer el intento de verbalizar aquellos procesos que en tanto analistas escuchamos y observamos. ¿Para qué? Para pensar estrategias de intervención con otrxs.

María José Bennardis (2002), en sus tesis “La dimensión y la forma” aborda las dificultades que aparecen al pretender verbalizar lo que acontece en la clínica musicoterapéutica, sin enajenar la vivencia estética. Intentando no robarle a lo que acontece en la clínica su realidad compleja, íntimamente ligado a la vivencia estética, sensible; aun así, reconociendo la necesidad de poder verbalizar lo que allí acontece, para poder seguir pensando y haciendo con otrxs, en este caso, con el colectivo de compañerxs que integran el equipo interdisciplinario. ¿Cómo poner a circular las dimensiones de análisis, “las formas de formalizar las distinciones que percibimos como información” (p. 13), que en tanto musicoterapeutas, utilizamos para verbalizar lo que acontece en la clínica?

Quizás en primer lugar evidenciando que esta necesidad parte del reconocimiento de que todo análisis parte de recortes, y ya no es aquello sino otra cosa. Instancia innegociable, que es en cierto punto lo que nutre nuestro hacer y lo hace posible. Práctica en tanto reflexiva, la musicoterapia, que parte de una certeza: creamos pensamiento a partir de la vivencia. Nos parece importante mencionar que, en el capítulo de Evaluación del proyecto, desplegaremos nuestra metodología de análisis, en tanto herramientas para analizar lo que acontece en la clínica ampliada en musicoterapia.

Y esta aclaración se funda en un posicionamiento ético.

Debemos analizar meticulosamente con qué criterio vamos a ocupar un lugar, o una posición, frente a otro o entre nosotros mismos...

Forma parte de una elección: tomar otro saber que nos constituya, otro saber que mutile con sus leyes nuestra práctica o nuestro pensamiento, otro saber que piense nuestro discurso, otro saber castrador de ansiedades, o bien conformar nuestra teoría desde nuestro hacer y así poder soportar que esta teoría será leve, en el sentido que no abrazara definiciones, solo relatos, construcciones, metáforas, que son formalizaciones teóricas constituidas sobre una estética. (Gianoni, 2002, p.20)

Un posicionamiento ético y estético en musicoterapia, que fermenta en una pregunta Spinoziana (1677): ¿Qué puede un cuerpo? Prestando confianza y escucha a la potencia de obrar, a la potencia de hacer, potencia de existir. Cuerpos que siempre se ven afectados por otros cuerpos, y es en ese vínculo, en ese encuentro, en esas estancias en común donde lo político emerge. Espacio ensayístico, hacer subjetivante, donde pueden

irrumper nuevas formas de vida, “(...) que suponen procesos de autonomía –en el sentido estricto de darse a sí mismo las propias normas-.” (Sztulwark, 2019, p.47) Una alianza con lo silvestre, con lo que emerge intempestivamente. “Aquello que se presenta como violencia irruptiva que desdibuja los mapas de referencias y caotiza la existencia. Un fuera del sujeto que es capaz de cuestionar aquello que el sujeto intenta conservar como su ser” (Sztulwark, 2019, p.103)

2.c Marco institucional

Como mencionamos anteriormente, la ciudad de Pérez cuenta en el ámbito público con dos centros de salud que brindan APS, el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), y un Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CeMAP) que se ubica en la planta alta del edificio del Centro de Salud “El Gurí”, pero que depende de la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad. Es dentro del CeMAP que funciona la Sala de Estar.

Los dos centros de salud cuentan con servicios de Salud Mental y el efector municipal brinda un servicio de guardia durante 24 hs. En relación al sistema de emergencias, la base del SIES se emplaza en el Centro de Salud “El Gurí”, aunque la central telefónica que lo opera es gestionada desde la ciudad de Rosario, y tiene como área de influencia los municipios de Pérez, Soldini, Zavalla y una zona de Rosario.

El Gurí, coordinado por un Director y por el propio Secretario de Salud, cuenta con atención de clínica médica, pediatría, traumatología, psicología (hay cuatro psicólogas, una se dedica exclusivamente a casos vinculados a violencia de género y un psicólogo social), psicopedagogía, psiquiatría, fonoaudiología, oftalmología, radiología, ecografía, kinesiología, ginecología, obstetricia, cardiología, urología, nutrición, odontología, farmacia, vacunatorio bioquímica (en ésta última área se hacen solamente extracciones y se reciben otras muestras que se envían para análisis al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario -CEMAR-).

El acceso a las prestaciones se da en algunos casos por orden de llegada (radiología, laboratorio, oftalmología, odontología, vacunatorio, extraccionismo), a través de un turno gestionado previamente o una combinación de ambas; es decir que se intercalan turnos con atención a consultas espontáneas o “sobre turnos”. En el caso de psicología, las profesionales denominan a estos casos como de “atención a la demanda espontánea”, pero solo aplica a las situaciones consideradas “críticas”, que no pueden esperar el tiempo que puede demorar en conseguir un turno.

El Gurí también cuenta con una técnica en familia y una trabajadora social que en 2020 asumió como directora del Equipo de Salud Mental. Ésta es quien coordina la Sala de Estar. También son parte de este equipo tres acompañantes terapéuticos que, si bien dependen de provincia, toman algunas situaciones del CMDS y “hacen base allí”.

La trabajadora social desempeña sus horas de 8 a 14 con un horario muy flexible, y la técnica en familia (trabaja desde hace años en el Gurí) de 7 a 13 hs. se encuentra en el Centro de Salud, o en la realización de visitas domiciliarias dentro de dicho horario. Ninguna de ellas tiene un sistema de turnos fijos a través de las recepciones, sino que van acordando directamente con las personas que quieren verlas y/o con los profesionales que demandan su participación en alguna situación. La oficina de la técnica en familia se encuentra al lado de la recepción principal y la trabajadora social no cuenta con oficina propia, sino que, como dijimos anteriormente, comparte el espacio con las integrantes del CeMAP y la Sala de Estar. Quienes quieren contactarla suelen subir al primer piso y hablar con una persona que realiza tareas administrativas en el CeMAP, o con ella directamente si se encuentra.

Nos detenemos finalmente en el acceso a las prestaciones ligadas a la salud mental, específicamente a la psicología y psiquiatría. En el caso de psiquiatría si bien en la mayoría de los casos las personas no consultan directamente, sino que son derivaciones de otras y otros profesionales de la salud, es posible pedir un turno directamente en la mesa de entrada. En el caso de atención de psicología, cuando una persona solicita por su cuenta el turno, lo hace por mesa de entrada. Una vez a la semana el equipo de psicologxs se reúne y comienza a gestionar las entrevistas. Son priorizadas las derivaciones que surjan de otras y otros profesionales del Centro de Salud, e incluso de otras áreas de la Municipalidad, especialmente la Secretaria de Desarrollo Social (SDSTEyD). También, las profesionales se “reservan” algunos horarios sin consultas para atender a la “demanda espontánea ante crisis subjetivas”.

En el año 2014, mediante el financiamiento del Programa Provincial para la Prevención Social de Delito y la Violencia en Gobiernos Locales, se realiza el estudio sobre consumos problemáticos en la Ciudad de Pérez y comienza a funcionar el entonces Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención de Adicciones “Desde el Pie”, que desde el 2016 cambia su nombre a Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CeMAP) “Desde el Pie”.

Desde mediados del año 2018 se puso en funcionamiento, en uno de los espacios físicos del CeMAP, la Sala de Estar. Es definido por APRECOD como “un lugar de bajo umbral en el que se recibe a personas con consumos problemáticos y vulneraciones de derechos”.

A lxs trabajadorxs de la Sala les resulta más fácil definirlo por lo que no es: no es un centro de día, no es grupo, “no es un espacio formal de salud tampoco”. Lo definen como un dispositivo sustitutivo que se crea espontáneamente a partir de reunir en el lugar a distintas personas que se acercaban al Centro de Salud o al CeMAP con distintas demandas, y atravesadas por situaciones de sufrimiento subjetivo, pero que “no estaban anclados en el Centro de Salud como referencia...”.

Trabajadorxs del CeMAP y del Equipo de Salud Mental, observaron un aumento de las demandas por parte de diferentes sectores sociales en relación al tratamiento específico del consumo de sustancias y, como contrapartida, la escasa adherencia a los tratamientos que se gestionan desde CeMAP en diferentes instituciones. Es a partir de la demanda de la comunidad y a través de los lazos cotidianos de lxs trabajadorxs del Centro de Salud articulando los Servicios de Salud Mental, Servicio Social, CeMAP y la comunidad, como se le va dando lugar a un nuevo emergente institucional que posibilitó que lxs sujetxs, con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y con escasa adherencia a los tratamientos tradicionales que ofrece el sistema de salud, se referencien, desde un nuevo lugar, a la institución.

Luego de un tiempo de haberse conformado este espacio se estableció un horario en el que permanece abierto que es de Lunes a Viernes de 8 a 13 hs, coincidiendo con el horario del CeMAP. La Sala de Estar es gestionada en su cotidianeidad por la Coordinadora y la psicóloga del CeMAP, la trabajadora social y un psicólogo social.

2.d Propósito u objetivo general y objetivos específicos

Propósito de intervención:

Desde un posicionamiento en musicoterapia, cooperar al campo del hacer comunitario e interdisciplinario en Atención Primaria de la Salud, en La Sala de Estar de la localidad de Pérez, habilitando espacios de trabajo con la materia sonoro-corporal tanto en el equipo interdisciplinario como entre el equipo y la comunidad.

Propósitos específicos:

Inaugurar un taller que habilite a la articulación entre un espacio de salud –el Centro de Salud “El Gurí”- y la comunidad.

Poner a circular la mirada, la escucha, lecturas y herramientas desde la musicoterapia al equipo interdisciplinario en pos de ampliar y potenciar los vínculos comunitarios.

Cooperar en la aparición de nuevas formas de vinculación entre lxs diversxs trabajadorxs que integran el equipo interdisciplinario.

Abonar nuevas miradas respecto al hacer de la musicoterapia dentro de un equipo interdisciplinario, en Atención Primaria de la Salud, desde un enfoque en salud colectiva/comunitaria.

2.e Componentes o resultados

Los resultados de este proyecto de intervención dialogan tanto con las estrategias metodológicas como con los propósitos de intervención, y con las acciones que de ellos devienen.

Los resultados dependerán de la participación, predisposición, disponibilidad y compromiso de lxs trabajadorxs de La Sala de Estar.

Por último, los resultados estarán condicionados por la posibilidad de participación de lxs ciudadanxs.

Dicho esto, los resultados esperados se despliegan en los siguientes niveles:

- Trabajadorxs integrantes del equipo interdisciplinario que se desempeña en La Sala de Estar:
 - Que el encuentro con las expresiones artísticas que propondrá la Musicoterapia en el desarrollo de la acción 5 del proyecto, permita a lxs trabajadorxs de La Sala de Estar la vivencia y acercamiento y/o reconocimiento de la disciplina que nos convoca.
 - Que dichas vivencias nos posibiliten a lxs integrantes del equipo vincularnos experimentando nuevas formas de composición discursiva, haciendo foco en las composiciones grupales, colectivas y cooperativas.
 - Que aquellas composiciones discursivas colectivas sean plausibles de ser verbalizadas y abducidas a la cotidianeidad institucional.
 - Que aquellas abducciones de la vivencia del espacio de Mt a la cotidianeidad institucional nos inviten a reflexionar acerca de la potencialidad y las dificultades del ejercicio de la creatividad, ante la necesidad constante de re-pensar y re-configurar estrategias de acción e intervención.

- Centro de Salud el Gurí y sus actorxs:
 - Que pueda hacer relieve una mirada más integral en el abordaje de la salud/salud mental de lxs ciudadanxs que transitan por la institución.
 - Que pueda hacer eco La Sala de Estar en los diversos recovecos que componen la institución, no solo para generar referencialidad, sino también para que los límites entre cada dispositivo y los pasillos que conectan, tambaleen.

- Comunidad:
 - Que podamos indagar acerca de las representaciones que tiene la comunidad acerca de los diversos espacios públicos e instituciones que configuran la ciudad, y específicamente acerca del Centro de Salud el Gurí y La Sala de Estar.
 - Que podamos difuminar, al menos durante los meses que duren las acciones 6 y 7, las puertas que separan a la comunidad del Centro de Salud.
 - Que podamos lxs trabajadorxs de la Sala de Estar y la comunidad generar nuevas formas de vinculación.

3. Acciones a realizar

Como punto de partida de este proyecto de intervención, nos proponemos la inserción de la musicoterapia en un equipo interdisciplinario ya conformado, que se desempeña en APS, en el Centro de Salud El Gurí, específicamente en el espacio denominado La Sala de Estar. Es así como comenzamos a planificar las acciones a realizar, con el fin de poder llevar a cabo este proyecto. Dentro de algunas de las acciones se desplegarán diversos períodos que nos sirven para organizar y planificar detalladamente cada acción –dichos períodos no equivalen a x cantidad de días, sino que eso se irá explicitando a medida que vayan transcurriendo las actividades–. A continuación, detallaremos cada acción y sus correspondientes períodos.

Acción 1: Se relevarán las propuestas y prácticas que se despliegan desde La Sala de Estar hacia lxs usuarixs y la comunidad en el momento que se dé comienzo al proyecto. Esto se hará a partir de entrevistas semi-estructuradas a lxs trabajadorxs de La Sala de Estar, con el fin de actualizar el diagnóstico de manera exhaustiva.

Acción 2: Se participará en las reuniones de equipo que se dan en La Sala de Estar cada 15 días, con el fin de reconocer las diversas metodologías y estrategias de intervención interdisciplinaria, inaugurándose el proceso de inserción de lxs musicoterapeuta en el equipo interdisciplinario.

Acción 3: Se organizará un encuentro junto con el equipo interdisciplinario donde se expondrá el proyecto, se conversará e intercambiará con lxs trabajadorxs de La Sala de Estar los diversos ejes y dimensiones del mismo. Se intentarán pautar objetivos comunes junto con el colectivo de trabajadorxs, sosteniéndonos en el hacer interdisciplinario.

Acción 4: Se pautará una reunión junto con el Secretario de Salud Municipal, y con parte del equipo interdisciplinario, donde se presentará formalmente la propuesta de intervención. Junto con el equipo, se explicará y detallará el proyecto y se habilitará a la conversación e intercambios que favorezcan a la practicidad y si es necesario, se modificará. Algunas pautas como puntos de partida para conversar y construir el encuadre serán:

- El espacio físico con el que se deberá contar para la acción 5 del proyecto. Se propondrá que sea en la Sala de Estar. Para la acción 6, se propondrá intercalar

entre la plaza Belgrano, la plaza San Martín, y la Estación juvenil. Y para la acción 7, se propondrá nuevamente La Sala de Estar, mismo espacio propuesto para la acción 5.

- Los días y horarios para la realización de cada acción. Se propondrá que la acción 5 dure tres meses –junio, julio y agosto-, con encuentros una vez a la semana durante –mínimo– una hora. La acción 6, tres meses –septiembre, octubre y noviembre-, con encuentros dos veces a la semana, durante –mínimo– dos horas. Y la acción 7, un mes –Diciembre-, con encuentros dos veces a la semana y con duración de una hora y media –mínimo–
- La participación del colectivo de trabajadorxs que integran el equipo interdisciplinario vendría a ser clave en la realización de la acción 5, aun así, el espacio será abierto al deseo de estar o no estar ahí. Durante las acciones 6 y 7 se esperará contar con la participación de algunxs de lxs compañerxs del equipo y esto también estará condicionado por el deseo a participar en el espacio.
- La participación de la ciudadanía en las acciones 6 y 7 será clave, pero se dejará en claro que no iremos a buscarlxs, sino que se comenzará con la instalación en los diversos espacios públicos que más población albergan, se irán generando vínculos a partir de compartir el mismo espacio. Además, se invitará a lxs usuarixs –dentro de La Sala de Estar y del Gurí– dichos días a participar.

Acción 5: Se habilitará un espacio destinado a lxs integrantes del equipo interdisciplinario que será coordinado por la musicoterapeuta. Se propondrá una metodología de trabajo con diversos períodos, dichos períodos no equivalen a x cantidad de días, sino que eso se irá explicitando a medida que vayan transcurriendo las actividades. Empero se estima que el período A dure dos encuentros, el período B un encuentro, el período C tres encuentros, el período D un encuentro, el período E dos encuentros y el período F tres encuentros.

Período A: Serán los primeros encuentros donde, desde consignas a modo de disparador, nos exploraremos en la multiplicidad de personajes que nos componen. A partir de las voces y sonidos que nos habitan, a partir de gestos cotidianos que nos identifican o que vemos en otrxs y nos resuenan.

Período B: Se tratará de un recuento de aquellos gestos que reconocimos, sonoros y corporales, los que se compartirán con otrxs para presentarnos. En caso de que aparezca el discurso verbal, intentaremos –a partir de diversas intervenciones– convidar a explorar la corporalidad del tono, el volumen, su aspecto, si tiene olor. Es decir, intentaremos no conversar con la palabra verbal.

Período C: Se propondrá armar duplas y se invitará a pensar, encontrar y seleccionar aquellos gestos sonoros y corporales que significan a lx compañerx. Luego se propondrá generar diálogos sonoros aplicándole variaciones a aquellos sonidos seleccionados, proponiéndose así pequeñas improvisaciones susurradas, para luego hacerlo de manera grupal.

Período D: Se intentará complejizar aquellas composiciones sonoras indagando en las búsquedas anteriores de los gestos corporales de compañerxs y propios, para así pensar en la corporalidad que se compone a partir de un sonido. Se propondrán improvisaciones sonoro-corporales.

Período E: Se indagará en la memoria corporal y sonora, en relación a los diversos espacios públicos que configuran el mapa de la ciudad. Para ello partiremos de una búsqueda singular, para luego, armar dos grandes grupos que compondrán escenas sonoras y corporales de algún espacio público de la ciudad y nos lo mostrarán a lxs demás.

Período F: Se habilitará, a partir de todo lo vivenciado, revisar y repensar juntxs las formas de vinculación que podemos proponer en la acción próxima. Como punto de partida tomaremos la vivencia y desarmaremos y volveremos a armar la acción 6. Intentaremos además de establecer objetivos claros y comunes, actividades que puedan convocar a la diversidad de la ciudadanía y formas de invitación. Se propondrá la realización de un flyer que después será fotocopiado y pegatineado en las diversas instituciones públicas de la ciudad.

Acción 6: Implicará salir a la calle y disponernos en los espacios públicos seleccionados, junto con lxs trabajadorxs del equipo interdisciplinario que estén interesados en participar. Se tratará de los primeros pasos para la construcción de un mapeo colectivo de la ciudad. Se propondrá una metodología de trabajo con dos períodos. La propuesta será que el esquema del período B se repita en los tres espacios públicos

seleccionados, siendo transformado a su vez por las características espaciales y sonoras de cada lugar, y por lxs diversxs participantes.

Período A: Se invitará a la población exponiendo afiches en los pasillos del Centro de Salud y de las diversas instituciones públicas de la ciudad.

Período B: Junto con lxs compañerxs del equipo que estén presentes elegiremos algún espacio de la plaza, que será el definitivo lugar de encuentro. A medida que la gente se vaya arrimando, comenzaremos a proponer actividades y juegos a modo de caldeamiento, serán estas mismas las que convocarán a quienes estén en los alrededores. Como seremos varixs lxs coordinadorxs, no solo la musicoterapeuta, algunxs estaremos atentxs a las miradas y acercamiento de lxs curiosxs y lxs invitaremos a participar. El eje de la propuesta será elegir un lugar y una posición cómoda, cerrar los ojos y escuchar los diversos sonidos propios del espacio en el que nos encontramos, o los que vienen de otras direcciones. Luego pondremos en común aquellos sonidos y nos preguntaremos por los demás lugares de la ciudad y su sonoridad característica, apelando a la memoria corporal y sonora. En el cierre de cada encuentro se invitará a participar del resto de los encuentros y se invitará a participar en diciembre del armado del mapa en La Sala de Estar.

Acción 7: Se tratará de la confección del mapa sonoro, para ello, contaremos con la participación de lxs trabajadorxs de la Sala de Estar, lxs usuarixs del Centro de Salud y la población que participó de la acción 6, y demás personas que quieran sumarse. Recorreremos aquellos gestos sonoros, corporales, que identificamos en cada espacio público de la ciudad y los dibujaremos, entrelazándolos con imágenes, palabras, animales y personas que componen cada lugar.

Acción 8: Participación e intervención en las reuniones de equipo dónde se propondrá poner en evidencia las diferentes referencias de la población acerca de las instituciones públicas que configuran el mapa de la ciudad, y reflexionar acerca de las formas de vinculación que tiene el Centro de Salud con la comunidad.

Acción 9: A raíz de lo vivenciado, construir colectivamente junto con el equipo de compañerxs de trabajo –reconociendo a la musicoterapia como disciplina afín–, estrategias de acción novedosas que intenten no solo reflexionar acerca de los modos instituidos de vinculación y participación de la ciudadanía, sino arriesgándonos a crearlas y ponerlas en acción.

4. Determinación de plazos o cronograma

A continuación, se formalizarán las acciones que se llevarán a cabo en cada mes. Nos es necesario dejar en claro que la proyección, cronogramación y estructuración de cada acción está sujeta a modificaciones y variantes en relación a lo que acontezca durante la realización del proyecto.

ACCIÓN	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ACCIÓN1									
ACCIÓN2									
ACCIÓN3									
ACCIÓN4									
ACCIÓN5									
ACCIÓN6									
ACCIÓN7									
ACCIÓN8									
ACCIÓN9									

5. Determinación de recursos necesarios (materiales y humanos)

Para poder llevar a cabo el presente proyecto de intervención será indispensable la presencia de unx Lic. en musicoterapia que pueda desarrollar las acciones propuestas anteriormente. Además, que pueda leer, intervenir y acompañar los procesos que se desplieguen. También consideramos indispensable la participación de lxs trabajadorxs de la Sala de Estar en cada una de las acciones a realizar. Nos es necesario recalcar la importancia de su participación para la realización de la acción 6 y 7, acompañándonos en la posición de coordinación y reflexión.

Por otro lado, identificamos ciertos recursos materiales que serán necesarios, estos son:

- Espacio físico amplio y luminoso.
- Reproductor de música.
- Grabadora.
- Instrumentos musicales. Se sugieren instrumentos armónicos –como guitarras, teclados, charangos, etc–, instrumentos de percusión –como bombos, cajones peruanos, bongós, tumbadoras, etc– e instrumentos melódicos –como melódicas, metalofones, violines, etc–.
- Afiches blancos, hojas A4 de colores y blancas.
- Revistas.
- Tijeras.
- Plasticola.
- Lápices de colores y fibras.

6. Factores externos condicionantes para el logro de los resultados

Es posible que, en el devenir de la puesta en acción del Proyecto de Intervención, aparezcan dificultades, contingencias, acontecimientos que no hayamos previsto. Creemos que cualquiera sea la situación que acontezca e irrumpa lo esquematizado, pueda ser escuchada, leída, y utilizada como posibilidad para hacernos nuevas preguntas.

Por otro lado, identificamos ciertos posibles factores internos y externos que pueden inferir en la realización del proyecto. Dicha identificación nos podrá ser útil para estar atentxs, dispuestxs a la observación y escucha de lo que vaya sucediendo. A continuación, los enumeraremos:

- Factores internos
 - Que lxs trabajadorxs no se sientan convocadxs al espacio.
 - Que la comunidad no se sienta convocada al espacio.
 - Que lxs trabajadorxs no se sientan motivadxs con la propuesta, que no haya compromiso y responsabilidad para con el espacio y el grupo.
 - Que lxs trabajadorxs falten demasiado y sea difícil construir grupalidad.
 - Que la comunidad no se sienta motivada con la propuesta.
 - Que al ser al aire libre y en espacios muy transitados, sea dificultoso soltarse, relajarse y participar.
 - Que lx musicoterapeuta no pueda sostener un vínculo suficientemente cercano con la institución como para que esta acompañe la propuesta.

- Factores externos:
 - Que a la comunidad se le dificulte la llegada al Centro de Salud, ya que este está en el casco céntrico de la ciudad y no hay transporte público.
 - Que surjan actividades imprevistas que convoquen a lxs trabajadorxs de La Sala de Estar y/o en el mismo horario en el que se desarrollen las propuestas.
 - Que se dé un cambio de Gobierno y no haya voluntad política de sostener La Sala de Estar.

Es considerable que sucedan contingencias impensadas, pero también esperamos poder encontrar “resoluciones” colectivas, junto con el conjunto de compañerxs que integran La Sala de Estar.

7. Evaluación del proyecto

Es como cuando miras algo en el crepúsculo. No es tanto que la luz sea incierta, sino que sabes que no podrás terminar de ver, porque la luz disminuye. Así se presentan ahora las cosas y las personas: fijadas para siempre en la imposibilidad de terminar de verlas. (Agamben, 2018, p.10)

Consideramos la evaluación como un momento que se articula con la praxis cotidiana. La evaluación como la acción de reflexionar, re-pensar y re-configurar estrategias de intervención acción. Creemos que será clave en la viabilidad del proyecto darnos lugar, por un lado, singularmente –en tanto musicoterapeuta– a la lectura, escritura y reflexión de lo que va sucediendo en el andar por la implementación del Proyecto. Creemos que esto dialoga con un posicionamiento ético y por lo tanto estético, que intenta estar abierto y atento a la escucha y lectura de lo que acontece. Entendiendo que unx podrá proyectar y programar acciones, pero que en el devenir de la propuesta irán emergiendo formas novedosas, desconocidas, que nos permitirán, si estamos dispuestxs, seguir preguntándonos y seguir pensando.

En este proyecto podemos reconocer que la primera acción de evaluación estará vinculada con construir un diagnóstico, trazar un mapa donde aparezcan las diversas líneas de fuerza que componen al territorio, identificar las distintas formas de abordaje que despliega el colectivo de trabajadorxs de la Sala de Estar, sus potencialidades y dificultades.

Creemos que este posicionamiento ético ante la evaluación singular constante del proyecto, se nutre de un posicionamiento político. Dicho esto, identificamos una segunda y también continua evaluación que involucra a lxs actorxs del campo. Consideramos indispensable la habilitación de la conversación acerca de lo que vaya sucediendo en los diferentes espacios. Nos referimos a una evaluación participativa, en tanto es una

(...) Metodología híbrida que puede utilizarse de manera simultánea para investigar e intervenir en grupos y comunidades. Esto significa que, a través de sus prácticas, genera conocimientos nuevos sobre la realidad al mismo tiempo que posibilita cambios en las personas participantes y en su contexto sociocultural. (Úcar, Heras y Soler, 2014, p.4)

Dicha evaluación formará parte del cierre de cada encuentro tanto con lxs trabajadorxs de La Sala de Estar como con la comunidad. Abriendo a la circulación de la palabra, donde cada unx pueda expresar a nivel singular lo que va vivenciando, o lo que quiera comunicar; donde a nivel grupal podamos hablar sobre lo que vamos construyendo.

A su vez, esperamos que los espacios de reunión interdisciplinaria sean propicios a diálogos acerca del proyecto y las dificultades, potencialidades y análisis que cada unx vaya reconociendo, con el fin de re-configurar y re-pensar constantemente el hacer.

“La clínica musicoterapéutica es como el arte: Estrategia de mutación de la forma. Una clínica de la forma”. (Rodríguez Espada, 2016, p.66) En este sentido, y en tanto analistas de lo que acontece en el espacio musicoterapéutico, como ya lo hemos dicho, entendemos a los discursos que se alejan del discurso verbal como organizaciones de materia significativa en un espacio-tiempo determinado, y son capaces de portar sentido.

Si la epistemología tiene que ver con el modo de ver y escuchar en el que percibimos el mundo, se despliega aquí la hermandad, circularidad, entre percepción y formalización. En este sentido, a lo largo de la formación hemos desarrollado con compañeras de la improvisación, la lectura y la vida, una metodología de análisis. Esta nos acompaña en el transitar lo cotidiano y nos colabora en los intentos de formalizar aquellos recortes que percibimos como fenómenos estéticos.

Para poder hablar-analizar lo que acontece en el espacio de musicoterapia, acudimos al concepto de nivel. Recurriremos a este intentando dar cuenta de distintos tipos lógicos que pertenecen al mismo territorio.

Serán considerados los niveles de: análisis formal, relaciones, posiciones, texturas y operaciones de producción. Dichos niveles nos son útiles en tanto categorías de análisis y fueron pensados a partir de la experiencia, empero no quiere decir que puedan aparecer nuevos. A continuación, detallaremos cada nivel:

Nivel formal: tomamos el discurso sonoro-corporal total y lo vamos fragmentando a partir de las diferencias que observamos. Diferencias que generan un cambio en la organización sonoro-corporal y devienen una nueva zona.

- **Zona:** es la unidad más grande en la que se puede fragmentar el hecho sonoro-corporal. Cada una de las zonas muestra una organización sonoro-corporal que

se diferencia de las otras. A su vez, dentro de una zona podemos identificar diferentes partes, cada una muestra diferencias más sutiles que las que constituyen las zonas. A su vez cada parte puede incluir fragmentos, que serían unidades más pequeñas.

Nivel relacional: consideramos que siempre que haya dos o más sujetxs compartiendo espacio-tiempo, se va a establecer entre ellxs una relación. Pensamos que la relación se caracteriza por su complejidad, por lo que podemos decir que, quizás haya tantas relaciones como discursos.

Sin embargo, consideramos que cuando en un determinado espacio-tiempo, se da un proceso de reconocimiento, en una relación entre dos o más sujetxs, hablamos de una interrelación.

Nivel posicional: dentro de la red discursiva un observador puede dar cuenta de distintas posiciones que ocupan lxs sujetxs. Es el discurso sonoro-corporal y la/s relación/es discursiva/s las que habilitaran distintas posiciones. Posiciones que podrán ser habitadas y abandonadas.

Nivel de la textura: es la forma que adquiere el entrecruzamiento de los distintos discursos sonoro-corporales de dos o más sujetos. Hasta el momento hemos identificado las siguientes **texturas**:

- **En independencia sonora:** aparece cuando el discurso sonoro de un sujeto se oye en relación del discurso sonoro grupal, pero no en interrelación.
- **Complementaria:** forma de organización discursiva que involucra a dos o más sujetos en interrelación. Pensamos que sería posible identificar diversos tipos de complementariedad. Hasta el momento hemos identificado las siguientes:
 - **Complementariedad vertical:** diversos discursos sonoro-corporales que se constituyen en simultaneidad temporal. Cada uno aporta su discurso en función de la conformación de un discurso colectivo, con una estética singular.
 - **Complementariedad horizontal:** dos o más discursos sonoro-corporales que intercalan entre si silencios y sonidos. Conformando entre ellos un único discurso con una estética singular.

- **Complementariedad imitativa:** los discursos sonoro-corporales que se intercalan entre si tienen muchas características comunes (ritmo, melodía, tiempo, timbre).
- **Complementariedad diferenciada:** los discursos sonoro-corporales que se intercalan entre si tienen características muy diferentes (ritmo, melodía, tiempo, timbre).
- **Figura-fondo:** hay un discurso sonoro-corporal que hace relieve, mientras que otro discurso sonoro-corporal se configura como fondo, es decir, que se constituyen recíprocamente como figura-fondo.
- **Subyacente:** hay un discurso sonoro-corporal que se sostiene en el tiempo, dentro de una red discursiva, mientras otro(s) discursos sonoro-corporales se configuran en base al anterior. Esta construcción discursiva no responde a una organización lineal, sino que es apreciable en la simultaneidad del evento sonoro.

Nivel de las operaciones de producción: consideramos a las operaciones de producción como las relaciones que establece un sujeto con los materiales que opera. A partir de esto identificamos tres subniveles:

- **Subnivel del material:** implica la elección y/o cambio de instrumentos (sean musicales o no).
- **Subnivel de la materia:** sería lo que resulta de la puesta en juego de aquellos materiales.
- **Subnivel de la forma:** sería la manera a partir de la cual un sujeto organiza aquella materia.

Esta metodología de análisis parte de la convicción de que las experiencias, las vivencias, son creadoras de pensamiento. Asumiendo la responsabilidad de estar presente, y como ya hemos nombrado, asumiendo un posicionamiento ético, estético y político en musicoterapia, esta instancia nos parece importante.

Por un lado, la lectura específica que parte de la musicoterapeuta nutre al hacer cotidiano intentando, volver siempre a la pregunta por lo que el otro puede, alejándonos así de las cristalizaciones de sentido a las que todos, siempre, podemos caer.

Por otro lado, el espacio de análisis y reflexión colectiva, tanto con lxs integrantes del equipo interdisciplinario como con la comunidad que participe de la propuesta, nos convida a abrir las perspectivas de la mirada, cooperando en la lectura de la complejidad de lo que acontece en el cotidiano del trabajo, creyendo firmemente en la potencia de las estancias en común, del hacer y pensar con otrxs.

Agradecimientos

A las amigas del active, de la creación, del activismo. A las amigas del goce, de la rabia transformada en baile canto cuerpo y sudor. A las amigas del folclore, del rock and roll, del psy, del punk, del rap. A las amigas con las que aprendo a diario, potencia que potencia, con las que reafirmo que la alianza creativa con ellas, es la máxima expresión de la amistad como bandera.

A mis referentxs, que son muchxs, pero me seducen e inspiran a crear.

A Graciela Casanova, por invitarme a jugar, por convidarme poesía, por su inmensa escucha, por la poesía corporal, por acompañarme en el arduo y seductor proceso del encuentro con los gestos-otrxs que me componen. Por las preguntas. Por la huella.

A Iván, por la lectura, por la escucha, por los consejos.

A mis hermanas, a mi mamá y a mi papá, por la compañía, por el estar, por el aguante, por manejarme, por invitarme a correr los límites de lo posible, por aprehender y desaprehender conmigo.

A mi tía Fernanda, por inspirarme desde que tengo consciencia.

A Noel, por la hermandad, por la simpleza, por descubrir la ciudad juntas, por la adrenalina de lo nuevo, por la filosofía.

Todo está por construir(se). Deberás construir la lengua que habitarás y deberás encontrar los antepasados que te hagan más libre. Deberás edificar la casa donde ya no vivirás sola. Y deberás escribir la nueva educación sentimental mediante la que amarás de nuevo. Y todo esto lo harás contra la hostilidad general, porque quienes despiertan son la pesadilla de quienes aún duermen.

Llamamiento Tiqqun.

Referencias bibliográficas:

Achilli, E. (2005) Investigar en antropología social: los desafíos de transmitir un oficio. Rosario: Laborde.

Achilli, E. (2016) Construcción de conocimientos antropológicos y coinvestigación etnográfica. Problemas y desafíos. Buenos Aires: Cuadernos de Antropología Social.

Agamben, G. (2018) Autorretrato en el estudio. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.

Almeida, E. (2019) Inundación. El lenguaje secreto del que estamos hechos. Córdoba: Ediciones documenta/Escénicas.

Arendt, H. (1997) ¿Qué es la Política? Barcelona, España: I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Astolf, C., Azparren, A., Bordoni, M., Carroli, M., Fernández, A., Garbi, S., Tejera, E., Tufro, F. Sedronar. (s/f) Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública.

Banfi, C. (2005) “Rigor poético de la transmisión en musicoterapia.” Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.

Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. Infantino, A. I. (2020) Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. Buenos Aires: Revista de Psicología, 19(1), 48-70.

Basaglia, F. (1972) La institución negada. Buenos Aires: Ediciones Corregidor.

Bennardis, M. J. (2002) De la dimensión y la forma. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.

Berlinguer, G. (1994) La enfermedad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Canguilhem, G. (1971) Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI ediciones.

Casanova, G. y Klein, M. G. (2016) El gesto y la Huella. Rosario: Las Martas Editorial.

Castro, E. (2004) El vocabulario de Michel Foucault. Bernal: UNQ.

Deleuze, G. (1990) Michael Foucault, filósofo. Ediciones Gedisa: Barcelona, España.

- Fernández, I. (2020). Notas de una práctica en Musicoterapia: Una interpelación al relato del caso clínico exitoso. ECOS - Revista Científica De Musicoterapia Y Disciplinas Afines.
- Fleury S. A (1988) Reforma Sanitária Brasileira. En: Berlinguer G, Fleury Teixeira S, Campos G. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. San Pablo: Hucitec-CEBES.
- Foucault, M. (2005) El poder psiquiátrico. Curso 1973-1974. Buenos Aires: FCE.
- Gianoni, D. (2002) De abismos y superficies. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006) Micropolítica: Cartografías del Deseo. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Juarroz, R. (2005) Poesía vertical. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Lisovski, M. en: (2da edicion: 2013). Micropolitica. Cartografías del deseo. Buenos Aires: tinta limón.
- Menéndez, E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.
- Morin, E. (1998) Articular los saberes. ¿Qué saberes enseñar en las escuelas? Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Percia, M. (2011) Inconformidad. Arte, política y psicoanálisis. Lanús: Ediciones La Cebra.
- Percia, M. (2017) Estancias en común. Buenos Aires: Ediciones La Cebra.
- Perlongher, N. (1996). Los devenires minoritarios. En Prosa Plebeya. Ensayos 1980 - 1992. Buenos Aires: Colihue.
- Rivera Cusicanqui, S. (2018). Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis. Tinta Limón.
- Rodríguez Espada, G. (2016) Pensamiento Estético en Musicoterapia. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Sousa Campos, G. W. (2006). Gestión en salud: En defensa de la vida. Lugar.

Stolkiner, A. (1987) De interdisciplinas e indisciplinas. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Stolkiner, A. (2005) IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Interdisciplina y Salud Mental. Misiones, Posadas.

Stolkiner, A. & Wilner, A. (2007) Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS. Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina.

Stolkiner, A. & Ardila Gomez, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría.

Sztulwark, D. (2019) La ofensiva sensible. Neoliberalismo, populismo y el reverso de lo político. Buenos Aires: Caja Negra.

Tejada de Rivero, D.A. (2003) Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud.

Toop, D. (2016) Resonancia siniestra. Buenos Aires: Caja Negra.

Úcar, X., Heras, P., Soler, P. (2014) La Evaluación Participativa de acciones comunitarias como metodología de aprendizaje para el empoderamiento personal y comunitario: Estudio de casos y procesos de empoderamiento Pedagogía Social. Sevilla, España: Revista Interuniversitaria, núm. 24.

Sitios Web:

Carrizo, L. (2019) Aportes desde la Musicoterapia a una Experiencia Comunitaria Interdisciplinaria. ECOS, Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines: <https://ecosdigital.wixsite.com/revistaecos>

Colectivo Juguetes Perdidos (2017) La gorra coronada 3: Los Anti todo. Lobo Suelto: <https://lobosuelto.com/la-gorra-coronada-3-los-anti-todo-colectivo-juguetes-perdidos/>

Floreál Ferrara, A. (s/f) Labradores de la salud popular. Recuperado en: <http://idepsalud.org/labradores-de-la-salud-popular/>

García Fanlo, L. (2011) ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. A Parte Rei, revista de filosofía. Recuperado en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

Juarroz, R. (s/f) Algunas ideas sobre el lenguaje de la transdisciplinariedad. Recuperado en: <https://caminarporlaplaya.wordpress.com/2015/01/28/el-lenguaje-transdisciplinario-roberto-juarroz/>

Ley 26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial. http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_leynacionalsalud-mental.pdf

Morin, E. (2005) Sobre la Interdisciplinariedad. Recuperado en: www.pensamientocomplejo.com.ar

OMS/UNICEF. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. OMS

Stolkiner, A. (1999) La Interdisciplina. Recuperado en: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Uzal, P. (2016) La construcción del rol del musicoterapeuta en el equipo de Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. ECOS, Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines: <https://ecosdigital.wixsite.com/revistaecos>

Zito Lema, V. (s/f) El terror de la pobreza, la riqueza acumulada y la búsqueda de la felicidad social. Recuperado de: <http://idepsalud.org/vicente-zito-lema-el-terror-de-la-pobreza-la-riqueza-acumulada-y-la-busqueda-de-la-felicidad-social/>